

Hörmann, Georg

Gesundheitserziehung und Gesundheitspädagogik – Perspektiven eines "alten" neuen Fachs

Ritterbach, Udo [Hrsg.]; Nicolaus, Jürgen [Hrsg.]; Spörhase, Ulrike [Hrsg.]; Schleider, Karin [Hrsg.]: *Leben nach Herzenslust? Lebensstil und Gesundheit aus psychologischer und pädagogischer Sicht. Freiburg im Breisgau : Centaurus-Verl. 2009, S. 13-33. - (Schriftenreihe der Pädagogischen Hochschule Freiburg; 20)*



Quellenangabe/ Reference:

Hörmann, Georg: Gesundheitserziehung und Gesundheitspädagogik – Perspektiven eines "alten" neuen Fachs - In: Ritterbach, Udo [Hrsg.]; Nicolaus, Jürgen [Hrsg.]; Spörhase, Ulrike [Hrsg.]; Schleider, Karin [Hrsg.]: *Leben nach Herzenslust? Lebensstil und Gesundheit aus psychologischer und pädagogischer Sicht. Freiburg im Breisgau : Centaurus-Verl. 2009, S. 13-33 - URN: urn:nbn:de:0111-opus-22507 - DOI: 10.25656/01:2250*

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-opus-22507>

<https://doi.org/10.25656/01:2250>

in Kooperation mit / in cooperation with:



CENTAURUS
Verlag & Media KG

Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen. Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Mitglied der:


Leibniz-Gemeinschaft

Jürgen Nicolaus, Udo Ritterbach, Ulrike Spörhase, Karin Schleider (Hg.)

Leben nach Herzenslust?

Lebensstil und Gesundheit aus
psychologischer und pädagogischer Sicht

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im
Internet über <<http://dnb.ddb.de>> abrufbar.

© 2009. Centaurus Verlag & Media KG, Freiburg im Breisgau

1. Auflage. Alle Rechte vorbehalten

Satz und Umschlaggestaltung: Ulrich Birtel, Freiburg im Breisgau

Herstellung: Centaurus Verlag & Media KG, Freiburg im Breisgau

Printed in Germany

ISBN 978-3-8255-0748-0

Inhalt

- 7 Vorwort
- 13 Gesundheitserziehung und Gesundheitspädagogik – Perspektiven eines „alten“
neuen Fachs
Georg Hörmann
- 35 „... schon eine Klasse für sich!? ...“ – Positionsbestimmung und erste
Erfahrungen zum neuen Bachelor-Studiengang Gesundheitspädagogik
Jürgen Nicolaus, Udo Ritterbach, Karin Schleider, Ulrike Spörhase, Rainer Wohlfarth
- 51 Gesundheit unser höchstes Gut? Life Style – Lebensstil und Gesundheit
Udo Ritterbach, Rainer Wohlfarth
- 79 Prävention in Lebenswelten – ScienceKids:Kinder entdecken Gesundheit
Jutta Ommer-Hohl
- 83 Wie Kinder ihre Eltern erziehen – Kann Schule die Ernährung zu Hause verändern?
Mareen Molderings
- 105 Theoriegeleitete Lebensstiländerung
R. Fuchs, W. Göhner, C. Mahler, A. Fleitz, H. Seelig
- 117 M.O.B.I.L.I.S. – Bewegt abnehmen
Andreas Berg, Ingrid Frey, Michael Hamm, Dieter Lagerström, Reinhard Fuchs,
Wiebke Göhner, Hans-Georg Predel, Aloys Berg
- 131 Gesundheitsförderung im Dialog: Die Bedeutung Partizipativer
Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen
Martin Härter, Daniela Simon
- 149 Rosige Zeiten für Golden Girls and Boys?
Zur Gesundheitsförderung im Alter
Rainer Wohlfarth, Udo Ritterbach
- 175 Eine Tablette für jede Lebenslage: Zum Missbrauch von
Nahrungsergänzungsmitteln und Medikamenten
Gerhard Treutlein, Manuel Ruep
- 191 Mode, Lifestyle – und Gesundheit – Widerspruch oder Zukunftstrend?
Anne-Marie Grundmeier
- 209 Gesundheit und Anti-Aging – über Risiken und Nebenwirkungen
einer neuen Religion
Manfred Lütz
- 221 Autorinnen und Autoren

Gesundheitserziehung und Gesundheitspädagogik – Perspektiven eines „alten“ neuen Fachs

Georg Hörmann

Erziehung und Gesundheit

Gesundheitserziehung scheint ebenso altmodisch wie Pädagogik. Während sich letztere nicht nur zur Erziehungswissenschaft im Singular, sondern im Zeichen der Postmoderne oder des Trends zum „Diversity Management“ in Erziehungswissenschaften im Plural oder zumindest in eine Erziehungs- und Bildungswissenschaft¹ gewandelt hat, entwickelte sich Gesundheitserziehung im Gefolge der Ottawa Charta (1986) der Weltgesundheitsorganisation zur Gesundheitsförderung (vgl. Naidoo & Wills, 2003; BZgA, 2003²) oder verkürzte sich schlicht auf Gesundheit. So wurde der im Jahre 1921 gegründete „Reichsausschuss für hygienische Volksbelehrung“ im Jahre 1954 zunächst als „Bundesausschuss für gesundheitliche Volksbelehrung“ fortgesetzt, allerdings wurde die im Jahre 1969 in „Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung“ umbenannte Dachorganisation kurzerhand im Jahre 1992 in „Bundesvereinigung für Gesundheit“³ umgewandelt. Wenn neben dieser bundeszentralen Vereinigung als bekannte weitere Einrichtung in der Bundesrepublik die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung⁴ besteht, wird erkenntlich, dass offensichtlich seit der Aufklärung das Moment des Aufklärens/Belehrens ein wesentliches Merkmal der Pädagogik zu sein scheint (vgl. Hörmann, 1986). Entsprechend dieser Tradition wird „Erziehung“ als Aufklärung / Belehrung in der anglierten Form von pädagogischen Nachbardisziplinen laienhaft verwandt etwa in der Psychiatrie als „Psychoedukation“ oder „Continuing Medical Education (CME)“ in der ärztlichen Fortbildung. Der Begriff „Psychoedukation“ wird seit 1980 zur Schulung von Patienten bei psychischen Störungen gebraucht mit dem Ziel, nicht nur Informationen über die Erkrankung und beispielsweise etwaige Nebenwirkungen von Medikamenten zur

1 Stellvertretend für viele neue Studiengänge im Rahmen des Bolognaprozesses die Bezeichnung für den neuen (ab WS 2008/09 eingerichteten) MA-Studiengang „Erziehungs- und Bildungswissenschaft“ an der Universität Bamberg.

2 Zur Entwicklung der Gesundheitsförderung in internationalen und nationalen Dokumenten siehe Franzkowiak & Sabo, 1993, 11–59

3 vgl. <http://www.bvgesundheit.de> (dort Geschichte der BVG)

4 siehe www.bzga.de

Erhöhung der „compliance“ (Hornung, 1998) oder „Therapieadhärenz“ (WHO, 2003; Kern et al., 2008)⁵ zu vermitteln, sondern auch Rezidive zu verringern und den psychopathologischen Status zu verbessern (Bäumel et al., 2008, 48). Unter „Continuing Medical Education“ wird im ärztlichen Bereich die Pflicht zur fachlichen Fortbildung verstanden, die im Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom Jahre 2003 verbindlich gemacht wurde (§§ 95d, 137 SGB V). Die verkümmerte Verwendung von Erziehung im Sinne von Schulung oder Fortbildung (als Fortsetzung der Ausbildung) bezieht sich demnach auf eine prototypische Aufgabe der klassischen pädagogischen Institution Schule mit dem zentralen Element Unterricht (Instruktion).

Dass es freilich auch im ureigenen pädagogischen Bereich der Schule zumindest um die Lehrer- und Schülergesundheit nicht zum besten steht, belegen neben wenig erquicklichen Befunden zur Lehrergesundheit und Invalidität (Weber et al., 2001, Weber, 2002), Lehrerbeltung bzw. –beanspruchung (Schaarschmidt, 2002; Böhle, 2003; Hüfner, 2003) nicht weniger alarmierende Trends zum Zustand der Schülergesundheit. Neben Daten aus dem Bielefelder Jugendgesundheitsurvey (Kolip et al., 1995), welche beträchtliche gesundheitliche Beeinträchtigungen, psychosomatische Beschwerden und gesundheitsrelevante riskante Verhaltensweisen aufzeigen, sind weitere repräsentative Daten zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (Hurrelmann et al., 2003; 2004) aus der umfassenden Studie des Robert-Koch-Instituts zu entnehmen (Lampert et al., 2007)⁶, nicht zuletzt sei erinnert an die Ergebnisse der Nationalen Verzehrsstudie aus dem Jahre 2008⁷, deren Ergebnisse auf politischer Ebene zu einem nationalen Aktionsplan („InForm – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“) geführt haben. Ohne zu fragen, ob die Regierung eine Diät bei Nationalen Aktionsplänen, Kampa-

5 Gegenüber dem älteren und inzwischen eher negativ konnotierten Begriff der Compliance (engl. Willfährigkeit, Zustimmung, Befolgung, Einhaltung) wird neuerdings der Begriff Adhärenz (engl. adherence – Anhaften, Anhänglichkeit) bevorzugt. Im Unterschied zur „Compliance“ als der Beschreibung einer recht einseitigen Arzt-Patient-Beziehung wird bei „Adhärenz“ nicht nur die eigenmotivierte, regelmäßige Einnahme von Medikamenten, sondern auch die selbständige und intrinsisch motivierte Durchführung gesundheitsrelevanter Verhaltensänderungen verstanden. „Im Unterschied zur Compliance sprechen wir von Adhärenz, wenn der Patient ein komplexes Behandlungsregime wie zum Beispiel die Medikamenteneinnahme im Zusammenhang mit Verhaltensänderungen (z.B. Ernährung, Bewegung) aktiv, intrinsisch motiviert und eigenverantwortlich über einen längeren Zeitraum durchführt. Zentral dabei ist, dass der Patient über ein ausreichendes Wissen bezüglich der Wirksamkeit des Therapieregimes verfügt und darüber hinaus von der Notwendigkeit der entsprechenden Maßnahmen überzeugt ist“ (Kern et al., 2008, 878).

6 vgl. RKI: www.Kinder-Jugend-Gesundheit21.de

7 vgl. <http://www.was-esse-ich.de>

gnen aller Art und fetten Werbebudgets braucht⁸, bleibt zunächst festzuhalten, dass Erziehung im Zusammenhang mit Gesundheit entweder zurückgedrängt bzw. zugunsten des Begriffs Gesundheitsförderung ersetzt oder im medizinischen Bereich auf die pädagogische Kernkomponente Unterrichten/Schulen reduziert wird.

Erziehungswissenschaften und Gesundheit

Gegenüber der Eliminierung von Erziehung aus der Erziehungswissenschaft beginnt Prange (2000, 7) sein „Plädoyer für Erziehung“ mit folgendem Votum: „Erziehung ist das eine und ganze Thema der Pädagogik; Erziehung und nicht Sozialisation, auch nicht Entwicklung oder Lernen oder Kommunikation, und schon gar nicht Therapie, Fürsorge, Sozialarbeit, Lebensbegleitung oder was sonst noch alles angeführt wird, um dem offenbar etwas unbequemen und unübersichtlichen Sachverhalt des Erziehens auszuweichen. In der Tat lässt sich beobachten, dass es mit der Erhebung der Pädagogik zur Erziehungswissenschaft zu einem wahrhaft inflationären Import auswärtiger Themen und Begriffe gekommen ist, von denen nur zu ahnen ist, dass sie irgendwie etwas mit Erziehen zu tun haben“. Es scheint demnach, als wäre „Erziehung“ suspekt geworden, auch im Alltag. Ihr wird ein autoritärer Beigeschmack zugeschrieben und sie ist gewissermaßen belastet mit Tendenzen von Unterdrückung, Entmündigung, Gängelung oder Engstirnigkeit. Während medienwirksam von Journalisten eine „Erziehungskatastrophe“ oder ein „Erziehungsnotstand“ beklagt wird (vgl. Raithel et al., 2007, 10 ff.), verdeutlicht Prange (2000, 12) die Suche nach weniger anstößigen Vokabeln und Ausweichbegriffen, indem er spöttisch bemerkt: „Folgte man der Nomenklatura der sich avantgardistisch gebenden Pädagogik, dann dürfte von alleinerziehenden Müttern und Vätern nicht mehr die Rede sein, sondern man hätte von alleinversorgenden Lebensbegleitern und teilhabebehilflichen Beziehungsarbeiterinnen zu sprechen, die es im unglücklichen Falle auch nicht mehr mit schwererziehbaren Kindern zu tun haben, sondern mit aushandlungsresistenten Fällen in erschwerten Lebenslagen“. Es wäre also wenig gewonnen, würde man auf die „Erziehung“ verzichten und den Begriff durch andere ersetzen.

Gegenüber einer Pädagogie als erziehender Praxis und Pädagogik als „Erziehungskunst“ wird abgesehen von einer ausufernden „Verwissenschaftli-

8 Neben den beträchtlichen Ausgaben für die Propaganda des Programms „InForm“ werden etwa allein 13 Millionen Euro für Forschungsprojekte zu „biomedizinischer Ernährungsforschung“ ausgegeben (vgl. http://www.bmbf.de/pub/projekte_ernaehrungsforschung.pdf, ferner zum „Kreuzzug gegen Fette“ Schmidt-Semisch & Schorb, 2008

chung", die zusehends „riskante Scheuklappen“⁹ produziert, mit *Erziehungswissenschaft* die stärkere empirische Orientierung durch die **Analyse der „Erziehungswirklichkeit“** gegenüber dem hermeneutisch-geschichtlichen und normativen Wissenschaftsverständnis gekennzeichnet, ohne dass deshalb das erziehungsphilosophische Normenproblem ausgeblendet oder die erziehungspraktische Lebenskunst (Hörmann, 2007) ignoriert werden kann. In seiner grundlegenden systematisch-problemgeschichtlichen Erläuterung der Grundstruktur pädagogischen Denkens und Handelns differenziert Benner (2001) pädagogische Praxis (Handlungswissen, Erfahrungen von Praktikern), pädagogische Handlungstheorie (handlungstheoretisches Wissen) und pädagogische Forschung (wissenschaftliches Wissen). Die Stellung pädagogischer Praxis stellt sich demnach im Rahmen menschlicher Gesamtpraxis in nicht-hierarchisiertem Verhältnis von Ethik, Politik, Arbeit, Religion und Kunst dar (Benner, 2001, 44). Den koexistentiellen Praxisformen gegenüber zeigt Pädagogik zwar Besonderheiten, sie kann aber auch nicht ganz aus diesem Zusammenhang herausgelöst werden. Beispielsweise ist die Pädagogik mit ethischen und politischen Themen konfrontiert. Sie ist betroffen von Anforderungen der Arbeit bzw. der Arbeitsfähigkeit, der Religion, der Kunst usw. An all diese Themen und Lebensbereiche stellt sie ihre Fragen und versucht, Antworten zu geben und/ oder diese Dimensionen des Lebens aus pädagogischer Perspektive zu analysieren. Grundlegende Existenzialien sind dabei Sprache, Geschichtlichkeit, Freiheit und Leiblichkeit. Insbesondere mit Leiblichkeit, die „weder als Organismus noch als Maschine zu fassen ist“, will Benner (2001, 42) die Interessenlehre von Habermas (1968), die sich auf Arbeit, Sprache und Herrschaft bezieht, erweitern. Hiermit wird eine kopflastige Praxis, die sich neuerdings in einer reduktionistischen Hirnforschung geistlos reproduziert, auf die physische / psychische / soziale / kulturelle Dimension, wie sie gerade für Gesundheit bedeutsam ist, entschränkt.

Sofern von Erziehungswissenschaften im Plural die Rede ist, bezieht sich diese Ausdrucksweise einerseits auf die vielfachen, zuweilen mit Alleinvertretungsanspruch agierenden Denktraditionen und Forschungsmethoden, andererseits auf die vielfältigen Subdisziplinen, die nach unterschiedlichen Kategorien (Lebenslauf-, Lebensort-, Methodenbezug) durchaus im Sinne einer umfassenden Humanvitologie gesehen werden können (Raithel et al., 2007, 16 f.). Unabhängig von der Frage einer weiteren Aufspaltung der Pädagogik in Subdisziplinen oder Abspaltungen bzw. Neukonstituierung eigener Disziplinen (beispielsweise von einer Sozialpädagogik zu einer Sozialarbeitswissen-

9 Zur Tendenz der Hochschulen, immer neue Fächer anzubieten, von der Pferde- bis Tanzwissenschaft (vgl. Spiegel 35/2008, S. 33)

schaft oder der Thematisierung von Gesundheit und Soziale Arbeit; vgl. etwa Sting & Zurhorst, 2000; Homfeldt & Sting, 2006¹⁰; Hensen & Hensen, 2008) bleibt zu fragen, unter welchem wissenschaftlichen Dach Gesundheit neuerdings firmiert und wie sich das Verhältnis zur Pädagogik darstellt.

Lebenswissenschaften und Gesundheit

Die von dem russischen Wissenschaftler Nikolai Kondratieff aufgestellte Theorie über die langen Wellen der Konjunktur prognostiziert nach den bisherigen technologischen Basisinnovationen physikalisch-chemischer und informationstechnischer Art für das neue Jahrtausend „Gesundheit“ als Megatrend („6. Kondratieff-Zyklus“¹¹). Nach Kondratieff wird die Nachfrage nach psychophysischer Gesundheit sowohl einen großen Markt hervorbringen als auch die Rolle eines Katalysators für andere Märkte übernehmen, wobei die Technik eine wichtige, unterstützende Rolle spielt. Gegenüber der im 6. Kondratieff betonten Hervorhebung vermehrter Produktivitätsreserven vorwiegend im psychosozialen Bereich setzen die smarten Biotechnologie- und „Life-Sciences“-Lobbyisten ausgerechnet auf Technologien wie Molekularbiologie und Gentechnik-Forschung als „Schlüsseltechnologien der Zukunft“. Kommt dort Bildung allenfalls noch in der Form von Ausbildung für technologischen Fortschritt vor?

Unabhängig von der grundsätzlichen Frage einer zweckfreien Bildung als allseitiger Entfaltung menschlicher Kräfte soll an dieser Stelle verdeutlicht werden, dass Gesundheit mehr ist als körperliche Funktionstüchtigkeit und biologisches oder biochemisches Regellaufwerk unter pathogenetischer Perspektive, sondern eine kulturelle Leistung unter salutogenetischer Orientierung, zu deren Kultivierung Bildung einen unersetzlichen Beitrag zu leisten vermag.

Das Umfeld von Gesundheit und Krankheit

In der abendländischen Tradition wird Gesundheit idealtypisch einerseits als etwas verstanden, das durch den Lebensstil erhalten, andererseits als etwas, das durch die Behandlung von Krankheiten wiederhergestellt wird: Die altgriechischen Mythen von *Hygieia* („Hygiene“ als Förderung eines gesunden

10 Die Entfernung von Erziehung im Verbund mit Gesundheit und der Wandel in den Leitbegriffen wird anschaulich illustriert durch die von Homfeldt herausgegebenen Bücher. Hieß noch die erste Publikation „Erziehung und Gesundheit“ (1991), folgte anschließend „Gesundheitsförderung im schulischen Alltag“ (1994) bzw. „Anleitungsbuch zur Gesundheitsbildung“ (1994), dann schlicht „Studienbuch Gesundheit“ (2002), um schließlich den Standort in „Soziale Arbeit und Gesundheit“ (2006) zu positionieren.

11 www.kondratieff.net

Geistes in einem gesunden Körper) und *Äskulap* (Heiler von Krankheiten, vgl. Äskulapstab der Ärzte) symbolisieren die zwei verschiedenen Standpunkte seit alters in der Medizin (vgl. McKeown, 1982, 25 f.). Die Bezeichnung für unser Gesundheitswesen hieße wohl zutreffender „Krankheitsverwertungswesen“¹², da es hauptsächlich um die Behandlung von Krankheiten geht. Nicht nur die beiden letzten offiziellen Gesundheitsberichte für Deutschland von 1998 und 2006 befassen sich schwerwiegend mit den großen Krankheitsgruppen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bösartigen Neubildungen, Krankheiten des Bewegungsapparates, Psychiatrischen und neurologischen Krankheiten, Erkrankungen der Atemwege, des Stoffwechsels und der Verdauungsorgane, des Urogenitalsystems, Allergien, Infektionskrankheiten (AIDS, Tuberkulose, Hepatitis B) und Verletzungen (1998, S. 159-286); weiterhin mit Einrichtungen (sog. „Ressourcen“) der Gesundheitsversorgung wie öffentlichem Gesundheitsdienst, ambulanter, stationärer und teilstationärer Versorgung, pharmazeutischer und medizintechnischer Industrie sowie Krankenversicherung, nicht zuletzt mit Leistungen und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens sowie Ausgaben, Kosten und Finanzierungsströmen. Auch die aktuellen Debatten um Gesundheitsreformen kreisen weniger um die Förderung von Gesundheit als vielmehr um die Eindämmung von Krankheit und ihrer Kosten etwa durch Budgetierung, Deckelung oder Rationalisierung von Ausgaben oder Verschreibungsprozeduren für Medikamente durch Negativ-, Positiv-Listen, Standardisierung ärztlicher Leistungen durch Fallpauschalen und Entgelte, standardisierte Abrechnungssysteme wie Diagnose-Related-Systems (DRS), „Disease-management“¹³ und Gesundheitswettbewerb.

Gegenüber der starken Orientierung an Krankheit hat sich in neuerer Zeit gleichwohl die Herausbildung eines positiven Gesundheitsideals etabliert. Wohl am bekanntesten ist die quasi offiziellste aller Umschreibungen geworden, nämlich die berühmte Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von der Gesundheit als „ein Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen“. Diese Definition hat wegen des Einbezugs sozialer und psychischer Dimensionen zwar begeisterten Beifall und weiteren Differenzierungen geführt, aber auch berechtigte Kritik gefunden, nicht zuletzt wegen

12 So Eberhard GOEPEL im Interview in: Psychologie heute 10/2001, 49. Daran ändert auch die semantische Umetiketierung wenig, die sich wohl am augenscheinlichsten in der Neufassung des Krankenpflegegesetzes äußert, das seit 2004 „neue Berufsbezeichnungen - Gesundheits- und KrankenpflegerIn - für examinierte Pflegekräfte mit sich bringt“ (Altgeld & Kolip, 2008, 38).

13 Die Tendenz, dass mit Sonderzahlungen als ökonomischen Anreizen eine „Jagd auf kranke Versicherte“ erfolgt, wird sich mit dem ab 2009 geltenden Krankenkassenfinanzausgleich („Gesundheitsfonds“) wohl noch verstärken (Dt. Ärztbl. 3008: 105 34-35) C 1499

ihres statischen und perfektionistischen Anspruchs, welcher letztlich eine gigantische Therapeutisierung aller dem hehren Ideal eines Zustands vollständigen körperlichen geistigen und sozialen Wohlbefindens nicht genügenden Menschen bewirken würde. Im weiterentwickelten Gesundheitsförderungsansatz der WHO (vgl. Ottawa Charta, 1986, Franzkowiak & Sabo, 1993; Kolip, 2001) werden gegenüber der traditionellen Betonung auf Verhaltensprävention (Schutz vor Risikofaktoren) **Verhältnisprävention** und neben **Risikofaktoren** auch **Schutzfaktoren** (*soziale und personale Ressourcen*; Hurrelmann, 1998, 49) betont. Die Gesundheitsförderungsstrategie versteht sich daher als (bildungs)politisches und emanzipatorisches Konzept, das sich nicht nur auf Chancengleichheit und Solidarität stützt, sondern die Befähigung und Ermächtigung („Empowerment“) von Bürgerinnen und Bürgern und die Unterstützung von Anliegen, gesundheitsförderliche Lebenswelten zu schaffen, anstrebt.

Im Gesundheitsbericht von 1998 hat der Gesundheitsförderungsansatz einen ersten bescheidenen Niederschlag gefunden, indem neben der Einbeziehung individueller Aspekte von Gesundheit (subjektiver Gesundheitszustand und Beschwerden, S. 58 ff) oder Funktionen der Laien- und Selbsthilfe (S. 301 ff.) gesundheitsbeeinflussende Lebensweisen am Beispiel gesundheitsrelevanter Einstellungen, Ernährungsverhalten, Konsum von Tabak, Alkohol und Drogen erörtert und mit „Risikomerkmale“ der sozialen Lage, der Umwelt sowie der Arbeitswelt, der Freizeit und des Verkehrs verglichen werden.

Neben Einkommens- und Wohnungsverhältnissen, Arbeitslosigkeit und Gewalt wird auch **Bildung** unter „Risikomerkmale der sozialen Lage“ diskutiert. Geringes Bildungsniveau, gemessen mit den Indikatoren Schulabschluss und Berufsausbildung, stellen in der Einschätzung des Gesundheitszustandes, des Gesundheitsverhaltens, bei Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Mortalität deutliche Risikomerkmale dar¹⁴. Trotz der Problematik, dass Bildung, operationalisiert am Bildungsniveau, nur eine Dimension von sozialem Status beschreibt und mit weiteren Merkmalen wie Einkommen, Beruf, sozioökonomischen, sozialen und personalen Ressourcen konfundiert ist, werden aus dem deutlichen Einfluss der Bildung auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung folgende gesundheitspolitische Konsequenzen abgeleitet: „Die Bedeutung von nicht gesundheitsspezifischen Maßnahmen für

14 Geringfügiger gilt dies bei Erkrankungshäufigkeiten an Herzinfarkt, Schlaganfall und Zuckerkrankheit, bei Rheuma und Magengeschwür deutlich höher bei Männern. Mehr Frauen mit hohem Bildungsstatus berichten demgegenüber häufiger über Magengeschwüre bzw. -schleimhautentzündungen, in gleicher Weise gelten die markanten gegenläufigen Differenzen für Allergien bzw. Heuschnupfen (Gesundheitsbericht 1998, 111).

die gesundheitliche Lage – wie z.B. die Verbesserung des Bildungsniveaus – wird oftmals unterschätzt. Investitionen im Bildungssektor können dazu beitragen, dass die Kompetenzen im Umgang mit der eigenen Gesundheit deutlich erhöht werden. Bei den deutlichen bildungsspezifischen Unterschieden im Gesundheitszustand sollten zielgruppenspezifische gesundheitsfördernde Maßnahmen und Programme gezielt angegangen werden" (S. 111). Der Bericht zur „Gesundheit in Deutschland“ (2006, 81 ff.) benennt unter den Faktoren, welche die Gesundheit beeinflussen, nur noch soziale Lage, Umwelteinflüsse und Unfälle, Ernährung, Körperliche Aktivität, Tabak- und Alkoholkonsum sowie Übergewicht, Bluthochdruck und Hypercholesterinämie, weil Bildung mit der sozialen Herkunft zusammenhängt und somit als ein Teil der sozialen Ungleichheit figuriert. Gerade angesichts der nach wie vor desolaten Lage mangelnder Bildungsgerechtigkeit trotz zwischenzeitlich höherer weiblicher Bildungsbeteiligung und der Unterschätzung von Bildungsmaßnahmen zur Erhöhung von Gesundheit und Chancengleichheit sollen bildungsbedingte „soziale Risikomerkmale der Gesundheit“ das Spektrum gesundheitspädagogischer Möglichkeiten skizzieren und anhand ausgewählter Bereiche illustrieren.

Gesundheit im Kontext von Erziehung und Bildung

Gegenüber der älteren Gesundheitsaufklärung und dem traditionellen Feld der Gesundheitserziehung, dem häufig im Alltagsverständnis ein eher belehrender und autoritärer Charakter zugeschrieben wird, hat sich vornehmlich im Bereich der Erwachsenenarbeit der Begriff Bildung durchgesetzt. Als Bereiche einer Gesundheitsbildung für Körper und Seele seien hier stellvertretend die Bereiche Ernährung, Bewegung, Entspannung, Selbsterfahrung und Verhalten, Gesellschaft und Umwelt, Erkrankung, Heilung sowie Leben mit Krankheiten und Abhängigkeiten mit jeweils zugeordneten Aktivitätsformen genannt. Obwohl Gesundheitsaufklärung einige Erfolge aufzuweisen hat, etwa bei Anti-Raucherkampagnen, Verlagerung der sog. „Managerkrankheiten“ auf niedrigere Bildungsstufen, und in einigen Bereichen (wie der AIDS-Prävention) bislang die wirksamste Alternative nicht nur in Entwicklungsländern darstellt, wird ihr Ertrag gleichwohl zumeist als unbefriedigend eingeschätzt. Da die Vermittlung von Kenntnissen bei gefährdeten Bevölkerungsgruppen nicht zu einem veränderten Verhalten geführt hat, zeichnen sich Programme der Gesundheitserziehung durch den pädagogisch fundierten Ansatz aus, auf der Basis konkret vermittelten Wissens zur Einstellungs- und Verhaltensänderung zu motivieren, diese in konkreten Übungsprogrammen zu erproben und zu stabilisieren.

Während **Erziehung** aus der Sicht des Erziehers im Sinne einer umfassenden **Didaktik** (als **Lehrkunst**) Anregungen und Lernmöglichkeiten eröffnet und strukturiert, bedeutet **Bildung** aus der Sicht des Edukanden im Sinne einer **Mathetik** (als *Lernkunst*, vgl. Chott, 1998) selbstgesteuerte Gestaltung (lat. „eruditio“ als Überwindung eines unverarbeiteten Rohzustandes). Gesundheitsbildung bedeutet somit Aneignung von Kenntnissen und Fertigkeiten zur Ausformung eines „kultivierten Lebensstils“ (als gesundheitliches Wohlbefinden in Selbstbestimmung). Wenn auch unter ökonomischen Aspekten eine solide Kosten-Nutzen-Analyse von Gesundheitserziehung aussteht (vgl. Jerusalem & Mittag, 1994, 858), vermögen Hinweise auf die Auswirkung gesundheitserzieherischer Aktivitäten insbesondere in Konkurrenz mit anderen Verwendungszwecken der knappen Mittel¹⁵ trotz der generellen Schwierigkeit einer „Evaluation von Gesundheitsförderung als einer fraglichen „Mission impossible“ (Schmacke, 2007)“ einer nüchternen Bilanzierung von direkten, indirekten und intangiblen Kosten durchaus standhalten (Oberender, 1987).

Die Bedeutung von pädagogischen Maßnahmen ergibt sich einerseits aus einer Zunahme verhaltens – (verhältnis)-bedingter Erkrankungen und andererseits der Verschiebung des Krankheitspanoramas zu den sog. „Zivilisationskrankheiten“ und einer mit zunehmendem Alter steigenden Anzahl chronischer Krankheiten wie etwa der Dialyse oder vielfältigen Formen von Demenzen bzw. neurologischen Störungen. Medizinischer Erfolg wird in gewisser Hinsicht zum Pyrrhussieg, wenn chronische Krankheiten als Ergebnis des medizinischen Fortschritts oder des verlängerten Lebens zunehmen. Auch die Bedeutung von Risikofaktoren für die Entstehung von Krankheiten ist offensichtlich, wie dies selbst in offiziellen Statistiken zu den Kosten von Über- oder Falschernährung regelmäßig dokumentiert wird (Kohlmeier et al., 1993). Dass sich neben dem finanziellen und volkswirtschaftlichen Aspekt etwa Übernährung auch nachteilig auf das Wohlbefinden auswirkt, kann am Beispiel der Mehrbelastung der Gelenke, des Herzens, der Gefäße und der Verschlechterung der Stimmung leicht veranschaulicht werden. Dass sich Ernährung im Zusammenhang mit Bewegung nicht nur zur Prävention von Osteoporose (Keck, 2001) und des Altersdiabetes eignet, sondern auch als Mittel zur Krebsprävention (Küpper, 2001), ist inzwischen unbestritten. Nach Schätzungen der World Cancer Research Fund (1997) könnten durch eine

15 Der strenge Beurteilungsmaßstab ist umso erstaunlicher, als er für andere medizinische Maßnahmen nicht gilt. Ganz abgesehen von den durch Krankenkassen bezahlten dürftigen Erfolgsraten künstlicher Befruchtungen (IVF) heißt es etwa zu Nutzen und Risiken bildgebender Verfahren im Gesundheitsbericht 1998, S. 424: „Es gibt keine Untersuchungen, die den Nutzen bildgebender Verfahren hinsichtlich erzielter Einsparungen oder eines Einflusses auf Morbidität, Mortalität und Lebensqualität darstellen“.

ausgewogene Ernährung, bei Einhaltung eines normalen Körpergewichts und regelmäßige körperliche Aktivitäten 30 – 40 % aller Krebsarten verhindert werden. Angesichts der Propagierung einer Vielzahl von Ernährungsphilosophien, zweifelhafter Diäten, supplementierter Lebensmittel, Lebensmittelsupplementen (Nahrungsergänzungen) oder funktioneller Lebensmittel (functional food) stellt sich allerdings die Frage nach Sinn und Unsinn solcher „gesundheitsbezogener“ Lebensmittel (Gassmann, 2001) und ihrem Versprechen, einen Beitrag zur Verhütung oder Behandlung chronischer Krankheiten oder zur Förderung allgemeiner Fitness zu leisten, da jegliche Effektivitätsnachweise fehlen. Dass mit der Werbung für angeblich gesundheitsförderliche Lebensmittel oder Life-Style-Medikamente Ängste, Zwänge und Irreführungen erzeugt werden und zuweilen sogar mehr Schaden als Nutzen angerichtet wird, bedarf bei dem in Gesundheitsbelangen Gebildeten keiner Vertiefung.

Gesundheits- und Krankenpädagogik

An eine „Theorie der Gesundheitspädagogik“ (Wulfhorst, 2002, Zwick, 2004)¹⁶ knüpft sich zunächst die Hoffnung, dass entsprechende Gesundheitsrisiken durch die Einleitung planmäßiger Lernprozesse wenigstens ansatzweise ausgeschaltet bzw. förderliche Gesundheitsressourcen entwickelt werden können. Die Zielorientierung erzieherischen Handelns scheint vorauszusetzen, dass es jemanden gibt, der weiß, aus welchem Grund und zu welchem Zweck ein anderer sich einer bestimmten (Be-)Handlung zu unterziehen hat. Dieses Wissen stützte sich anfänglich hauptsächlich auf Erkenntnisse und Verfahrensweisen der naturwissenschaftlichen Medizin. Während sich die somatisch orientierte Medizin um die kurativen Aspekte der Krankheitsbewältigung kümmerte, konzentrierte sich die Gesundheitserziehung ergänzend darauf, den Menschen Informationen zu vermitteln, wie sie bestimmte Erkrankungen und Funktionsstörungen durch die Einhaltung sanitärer und hygienischer Gepflogenheiten vermeiden könnten, wie dies am Beispiel der Kampagnen zur Zahngesundheitserhaltung verdeutlicht werden kann. Neben der somatischen Krankheitsvermeidung bedeutete Gesundheitserziehung das Trainieren des menschlichen Körpers und Geistes für eine optimale Anwendung biomedizinisch begründeter Erkenntnisse und Verfahren mit Hilfe kognitiver und emotionaler Methoden (wie Abschreckung, Angstappelle). Was im Falle von Gesundheit gegenüber einer umfassenderen Gesundheitspädagogik

16 Neben der konzeptionellen und disziplinären Betrachtung bezeichnet Gesundheitspädagogik auch Studienangebote, wie etwa das Zweitfach im Rahmen des Lehramts an beruflichen Schulen an der Universität Bamberg (Hörmann 1991, 1999, 2001, 2003) oder den seit dem WS 2007 neu eingerichteten BA-Studiengang der Pädagogischen Hochschule Freiburg.

eher als „*Medicopädagogik*“ verstanden wird, gilt im Falle von Krankheit für ein restringiertes Verständnis von „*Psychoedukation*“.

Dieses Modell von Gesundheitserziehung, das vorrangig an der Verhütung medizinisch vordefinierter Krankheiten orientiert ist, wobei deren Entstehung individuellem Fehlverhalten zugeschrieben wurde, sowie die bloße Vermittlung krankheitsspezifischer Informationen erfüllten – trotz vereinzelter unbe-streitbarer Erfolge – jedoch insgesamt nicht die hochgesteckten Erwartungen. Unabhängig von der Vernachlässigung von Fragen der Lebensqualität und des Wohlbefindens, welche in den auf spezielle Risiken wie Konsum legaler und illegaler Drogen, Tabak- und Alkoholkonsum, HIV-Infektion gerichteten Programmen eher selten zur Sprache kommen, wurden als strukturelle Mängel dieser Varianten von Gesundheitsbildung neben der Kritik an seinem ausgeprägten Individualismus die verdeckte Krankheitsorientierung, ein nicht minder ausgeprägter Autoritarismus sowie die Assoziation mit einem asketischen und langweiligen Lebensstil angeprangert. Schließlich wird kritisiert, dass alters- und entwicklungsspezifische Verhaltensmerkmale sowie die psychosoziale Funktionalität von Risikomerkmale unberücksichtigt blieben, was angesichts der differentiellen Gesundheitssemantik in unterschiedlichen Lebensaltern eine unzureichende Effektivität erklärt. Schließlich wird bei gesundheitspädagogischen Interventionsschwerpunkten die wichtige Erweiterung um sozial- und persönlichkeitspsychologische Komponenten (wie soziale Immunisierung, Verhaltensimpfung, Entwicklung allgemeiner Bewältigungskompetenzen, Coping und Life-Skills) und der Einbezug der Perspektive der Lebensweisen (Hünnersdorf, 1997, 57 ff.) und des sozialstrukturellen Settings betont, um dem „Präventionsdilemma“¹⁷ (Bauer, 2005) gegenzusteuern.

Gegenüber einer Medicopädagogik rückt neben der stärker die symmetrische Interaktion betonenden **Gesundheitsberatung** mit der Orientierung auf gesundheitsbezogene Planungs-, Handlungs- und Entscheidungshilfe „**Gesundheitsbildung**“¹⁸ als Gesunderhaltung oder gesundheitsorientierte Lebensweise („Salutogenese“, vgl. Antonovsky, 1997), in den Vordergrund mit einer grundsätzlichen Abgrenzung gegen eine Prophylaxe, welche lediglich die Verhütung von bereits drohender Krankheit intendiert. Neben der positiven Bestimmung von Gesundheit und der Betonung protektiver Faktoren,

17 Zum engen Zusammenhang zwischen strukturellen Rahmenbedingungen und dem Versagen breit angelegter Präventionsprogramme im Bereich Schule bemerkt Baur (2005, 74: „Das Präventionsdilemma – die hohe Teilnahmeakzeptanz bei wenig gefährdeten Adressatengruppen sowie die umgekehrt proportionale Ablehnung und fehlende Motivation bei jugendlichen Risikogruppen – findet durch die schulstrukturelle Rahmung einen besonderen Nährboden“.

18 Zur Gesundheitsbildung im Wandel vgl. Haug 1991

wie sie in der Resilienz- und Invulnerabilitätsforschung, gesundheitlicher Kontrollüberzeugungen, Selbstwirksamkeitserwartung und Widerstandsfähigkeit herausgearbeitet wurden (BZGA, 1998), wird **Gesundheitsförderung** zusätzlich an die Lebenswelt und die gesellschaftlichen Entwicklungsprozesse gebunden, insbesondere in den Sektoren, die für den gesundheitlichen Zustand der Bevölkerung von besonderer Bedeutung sind.

Als Erweiterung des gesundheitsbezogenen Horizontes geraten nicht zuletzt auch chronische Krankheiten in das Blickfeld als pädagogische Handlungsfelder, wie z.B. Schulung bei Stoffwechselkrankheiten wie Diabetes, Atemwegserkrankungen, Mucoviscidose (Zystische Fibrose), Magen-Darmkrankheiten wie Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa. Während im Bereich der Psychologie in Abkehr von der ätiologisch und tiefenpsychologisch-psychoanalytisch orientierten Psychosomatik sich die Verhaltensmedizin der Bewältigung und Verarbeitung von Krankheiten annimmt (vgl. Petermann, 1997), wird eine Krankenpädagogik zumeist noch im eingeschränkten Sinne als sonderpädagogische Teildisziplin der Schule für Kranke verstanden. Gleichwohl ist Krankenpädagogik neben Patientenschulung und -training (vgl. Petermann, 1997) als Teilgebiet einer Gesundheitspädagogik wahrzunehmen, welche primär das Ziel verfolgt, den Umgang mit Krankheit und ihre Bewältigung zu lernen.

Angesichts der zumeist nach Alter, Geschlecht und Bildungsniveau zu differenzierenden Gewichtung von Wissensvermittlung ist Gesundheitswissen zwar eine notwendige, aber keinesfalls hinreichende Bedingung zur Veränderung gesundheitsbezogener Einstellungen und zur Entwicklung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen. „Die beste Voraussetzung für eine erfolgreiche Intervention liefern Programme, die einen übergreifenden Ansatz verfolgen: allgemeine Persönlichkeitsförderung in sozialer, kognitiver und emotionaler Hinsicht, Berücksichtigung des Lebenskontextes von Jugendlichen; integrative Maßnahmen im Hinblick auf Wissen, Einstellungen und Verhalten mit handlungsorientiertem Schwerpunkt; Peers als Programmvermittler und regelmäßige „booster sessions““ (Jerusalem & Mittag, 1994, 865).

Neben der Einbeziehung von Krankenpädagogik unterscheidet sich Gesundheitspädagogik von einer als Erfüllungsgehilfen der Medizin titulierten Medicopädagogik, einer „Psychoedukation“ oder gar „Continuiung Medical Education (CME) durch Reflexion von Zielen und Inhalten gesundheitlicher Thematiken. Gegenüber einem Verständnis von Gesundheitspädagogik, welches diese auf eine Didaktik im engeren Sinne als einem Arsenal wirksamer Techniken und Methoden zur Vermittlung medizinischer Inhalte oder eines technokratisch organisierten health care business beschränkt oder die vorrangige Orientierung auf Prävention und Effektivierung in den methodischen

Verfahren richtet, werden Ziele und Aufgaben gesundheitlicher Arbeit zwar im interdisziplinären Dialog, aber keineswegs ohne eigenständige Reflexion diskutiert¹⁹.

Auf dem Weg zur Gesundheitsgesellschaft?

Sicherlich wäre es verkürzt, Gesundheitspädagogik oder die Einführung eines Unterrichtsfaches Gesundheit in der Schule nur deshalb zu fordern, weil Gesundheit ansonsten bald ein unbezahlbares Gut wird. Denn das „Märchen von der Kostenexplosion“ (Braun u.a., 1998, Busse & Riesberg, 2005; Schmidt, 2007, 85) verkennt den Umstand, dass seit Jahren konstante sechs Prozent des Bruttosozialproduktes (BSP) für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ausgegeben werden und lediglich durch sinkende Lohnquoten und politische Kostenverlagerungen (Verschiebebahnhöfe) zu Lasten der GKV die Finanzierungsbasis zu gesteigerten Kosten der Sozialversicherung geführt hat. Abgesehen vom nicht zu unterschätzenden demographischen Wandel, d.h. einer zunehmenden Alterung der Gesellschaft, sind jedoch mit den Fortschritten der Medizin auch neue Begehrlichkeiten geweckt worden, über deren Sinnhaftigkeit trefflich gestritten werden könnte. Wenn etwa bislang künstliche Befruchtungen (In-Vitro-Fertilisation [IVF] als „assistierte Fortpflanzung“) auf Kosten der Solidargemeinschaft der Krankenversicherten bezahlt wurden (§ 27 a SGB V)²⁰, bleibt zu fragen, ob eine solcherart definierte Kinderlosigkeit nicht ein schlagendes Beispiel ist für eine ansonsten gerne beklagte „Übersversorgung mit unnötigen Leistungen“ (Schmidt, 2007, 86 f.), sondern für das von dem Erziehungswissenschaftler Dieter Lenzen mit dem Buchtitel „Krankheit als Erfindung“ (1991) charakterisierte Phänomen oder die von dem Spiegel-Reporter Jörg Blech aufgewiesene Strategie der „Krankheitserfinder“ (2003) darstellt²¹.

Der Wirbel um umstrittene, mit großem Werbeaufwand betriebene Medikamente wie Lipidsenker (Lipobay)²², Rheumamittel²³, die Fragwürdigkeit von

19 Zu einigen kontrovers diskutierbaren Beispielen vgl. Hörmann 1999.

20 Nach dem ab 2004 in Kraft tretenden „Gesundheitsmodernisierungsgesetz“ ist zwar nicht die gänzliche Streichung, sondern eine eingeschränkte Kostenübernahme beschlossen worden. Von Seiten einiger Bundesländer gibt es allerdings Bestrebungen, die seit 2004 geltenden Regelungen, welche zu einem Rückgang der künstlichen Befruchtungen um bis zu 50 Prozent geführt haben und die Kassen um rund 100 Millionen Euro im Jahr entlasten, wieder rückgängig zu machen (Dt. Ärztebl 2008, 105, H. 30, C1330).

21 Zur Erfindung von Krankheiten auch Hörmann, 2004, ferner Trojan, 2007.

22 „Lehren aus dem Fall Cerivastatin (Lipobay)“. In: arzneitelegamm (a-t) 2001; 32, 88 f.

23 Hier seien exemplarisch die Cox-2-Hemmer erwähnt, vgl. a-t 2000; 31: 107 und 2001; 32: 35 f.

flächendeckenden Mammographie-Screenings²⁴, Hormonersatztherapien (HET)²⁵, Kontrazeptiva ohne zusätzlichen Nutzen²⁶, überflüssige Operationen (z.B. Uterusexstirpationen) oder apparative Untersuchungen²⁷ weisen nicht nur auf den unbefriedigenden Zustand hin, dass die ärztliche Fortbildung von der Pharma- und Medizintechnikindustrie gesponsort wird²⁸ und zur Umsatzsteigerung und Karriereförderung selbst Datenmanipulationen und Fälschungen²⁹ betrieben werden³⁰. Hier ist nicht nur der „mündige Patient“ (Reibnitz, 2001) gefordert, sondern auch der gebildete Konsument, der nicht nur auf dem Weg „vom fremdbestimmten Sollen zum selbstdisziplinierten Wollen“ eigenverantwortlich „gesundheitsorientierte Selbstoptimierung“

24 Mühlhauser kommt nach einer breiten Kontroverse im Deutschen Ärzteblatt (DÄ) Heft 43 und 45/2000 im DÄ 98 (2001), 3 C-75 zu dem ernüchternden Fazit: „Die zurzeit angebotenen Informationen zum Mammographie-Screening erlauben keine informierte Entscheidung: Sie sind irreführend, beliebig, fragmentarisch, unverständlich und interessenabhängig“, vgl. auch die kritische Stimme der beiden dänischen Epidemiologen Olsen und Goetzsche in ihrem „Systematic review of screening for breast cancer with mammography“ im Internet: <http://image.thelancet.com/lancet/extra/fullreport.pdf>, ferner Höldke 2002.

25 Zur kritischen Bilanz mit Warnungen vor vorschnellen Anpreisungen kardioprotektiver Wirkungen z.B. die kritischen Übersichten DÄ 97 (2000), 33: C-1629f., *Circulation* 2001; 104, 499, wonach Kardiologen angesichts euphorischer Berichte von Ärzteverbänden und Fachgesellschaften im DÄ 2000, 39, A-2512 ff. zunehmend reservierter und vorsichtiger werden. So bleiben Sexualhormone nach den Wechseljahren zur Sekundärprophylaxe von koronarer Herzkrankheit und Schlaganfall entgegen vollmundigen Werbeanpreisungen nicht nur ohne Nutzen, sondern es mehren sich die Hinweise, dass sie eher zu einer Zunahme von verschiedenen Risiken führen (vgl. a-t 2001; 32: 83 f.), ferner Richter-Kuhlmann 2005.

26 „Die „Marktrücknahme“ der „Pillen“ der dritten Generation ist seit Jahren überfällig“ (a-t 2001; 32: 84 f.) wegen der Erhöhung tiefer Venenthrombosen.

27 Vgl. die exorbitanten Steigerungen bildgebender Verfahren (Gesundheitsbericht 1998, 423 ff.)

28 siehe „Zertifizierte Fortbildung: Werbepattform statt Lehrangebot“. In: *arzneitelegramm* 8/2008, 81 f. oder den Bericht „Ärger für die Ärztekammern: Standesorganisation soll ‚als Fortbildung getarnte Werbung‘ der Pharmaindustrie erlaubt haben“: In *Südd. Zeitung* Nr. 153, vom 03.07.2008, S. 17

29 „Datenmanipulationen zu Gunsten der Cox-2-Hemmer in Vigor und Class“. In: a-t 2001; 32: 87 f.

30 Hier wäre nicht nur an Beispiele wie die „unrühmliche Kooperation zwischen deutscher Arbeitsmedizin und der Tabakindustrie“ (Helmert & Hien 2008) zu erinnern, sondern an gefälschte Studien, die etwa am Beispiel der medizinischen Universität Innsbruck zu folgendem grotesken Geschehen geführt haben, wie es im *Spiegel* 35/2008, S. 150 abschließend geschildert wird: „Allerdings ist es nie ganz ungefährlich, sich mit akademischen Seilschaften anzulegen. Das zeigt ein Spektakel, das gerade die Medizinische Universität Innsbruck erschüttert. Ein Urologe soll dort Hunderte Patienten einer riskanten Stammzellbehandlung unterzogen haben, ohne sie ausreichend aufzuklären. Rektor Clemens Sorg drohte eine rückhaltlose Untersuchung an. Doch am vergangenen Donnerstag setzt der mächtige Universitätsrat ausgerechnet ihn, den Rektor, ab“. Zu weiteren unerlaubten Studien an Kindern, illegalen Stammzell-Versuchen sowie Datenfälschungen und die „Österreichische Lösung“ (*Südd. Zeitung* Nr. 205 vom 03.09.2008, S. 18)

(Schmidt, 2007, 96 ff.) betreibt, sondern Pathologisierung von Lebenslagen³¹ oder verbreiteter Probleme, Kommerzialisierung des Medizin-Betriebs, Individualisierung von Risiken bei gleichzeitiger Privatisierung von Kosten als Strategien der Medikalisierung von Gesundheit begreift (Trojan, 2007) und den Doppelcharakter der propagierten Selbstbestimmung erkennt, die sich bewegt „zwischen der selbst gewählten Lebensführungsfreiheit und dem fremdbestimmten Sich-Selbst-Überlassen-Sein“ (Schmidt & Kolip, 2007, 18).

Sicherlich ist es paradox, dass gerade angesichts der Zunahme psychosozialen Beratungs- und Bildungsbedarfs die ohnehin minimalen Ausgaben für Prävention und Gesundheitsbildung in den letzten Jahren kaum gestiegen sind. § 20 SGB V (Prävention und Selbsthilfe)³² ist nicht nur der berühmte Tropfen auf den heißen Stein, noch beklagenswerter ist der Umstand, dass neben dem nach wie vor seit Jahren ausstehenden Präventionsgesetz die zahlreichen Präventionsangebote zu wenig bekannt und nicht ausreichend vernetzt sind, dass nach wie vor schichtspezifische Zugangsbarrieren bestehen und das Spektrum der Präventionsangebote nicht nur etwas geschlechtersensitiv unterschiedlich, sondern auch unzureichend genutzt wird (Gesundheit 2006, 123 ff.), was wiederum auf eine verkürzte, selektive Präventionspolitik zurückzuführen sein mag (Rosenbrock et al., 1994). Ungeachtet des nach wie vor virulenten Hygienediskurses, wie er neuerdings im Sport („Sauberer Sport“) oder Sex („Sicherer, Safer Sex“) fröhliche Urständ feiert, oder des Doppelcharakters bzw. problematischen Erbes eines im Nationalsozialismus zur Hochblüte gelangten Präventionsdenkens (Kaupen-Haas & Rothmaler, 1995) bleibt freilich zu fragen, ob manche medizinischen Präventionsangebote wirklich den Kriterien der Wissenschaftlichkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit genügen. So gilt zwar für die ab 1. Juli 2008 eingeführte „Hautkrebsprävention Deutschland weltweit als Vorreiter“. Obwohl es Beweise für den Nutzen des Screenings nicht einmal aus Neuseeland und Australien gibt, wo Hautkrebs weltweit am häufigsten vorkommt und zum derzeitigen Zeitpunkt ein wissenschaftlicher Beweis dafür fehlt, dass Screening weniger Menschen an Hautkrebs erkranken oder sterben lässt, bezahlen die Krankenkassen die Untersuchungen auf Hautkrebs (Bartens, 2008). Andererseits ist unstrittig: „Besser noch als Früherkennung ist jedoch die Prävention“ (Blaeser-Kiel, 2008, 1210), zumal der ursächliche Zusammenhang

31 Im Gefolge der Pathologisierung des Geburtsvorgangs warnt etwa die Präsidentin des Deutschen Hebammenverbands anlässlich einer hohen Kaiserschnitttrate: „Wenn wir heute nicht aktiv werden, wird es in wenigen Jahren kaum noch natürliche Geburten geben“ (Dt. Ärztebl. 2008, 105 (34–35, C1486).

32 GKV-Gesundheitsreform 2000 und SGB-V unter www.bmgesundheit.de (Rechtsvorschriften); zur verschlungenen Entwicklung des § 20 SGB V vgl. Schmidt & Kolip, 2007, 11)

zwischen unverhältnismäßiger bzw. exzessiver Sonnenexposition und dem Anstieg der Hautkrebsinzidenz hinreichend bekannt ist³³. Statt also vermehrte pädagogische Bemühungen um einen gesunden Lebensstil oder reflektierten Umgang mit dem Körper (Hörmann, 2004b)³⁴ zu fördern, wird allenfalls mit beträchtlichem Aufwand eine „Medikalisierung der Prävention“³⁵ (Trojan, 2007) trotz bislang wenig aussagefähiger Daten praktiziert, wobei immerhin begleitend auch eine bescheidene Initiative zur restriktiven Verhältnisprävention geplant ist³⁶.

Es ist daher unausweichlich, nicht nur die Wirkungen von Gesundheitsbildung, also das Wie, Warum, Wodurch einer empirischen Überprüfung auszusetzen, sondern auch die gesellschaftliche Funktion des Gesundheitsmotivs und gesellschaftlicher bzw. wissenschaftsdisziplinärer Interessengruppen unter Einbezug des medizinischen Systems in vergleichender Perspektive zu reflektieren. Trotz der Bedeutsamkeit von „Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings“ (Bals et al., 2008) ist letztlich bei nüchterner Würdigung und Gewichtung bedeutsamer Erziehungsziele (als höchster unhinterfragter Güter) vor einem mit präventivem „Healthismus“ (Kühn, 1993) grassierenden „Gesundheits-“ oder „Körperkult“ zu warnen (Dörner, 2002), in dessen Gefolge „Gesundheitsförderung zur Gesundheitsforderung“ (Schmidt, 2007) verkommt und eine zwar gutgemeinte, der pädagogischen Selbstkritik jedoch entbehrende, quasi-normative Propaganda einer universellen Pflicht zu Gesundheit als einem „Gesundheitsimperativ“, der zunehmend mit einem Glücksdispositiv verschmilzt (Mazumdar, 2008), lediglich einem törichten

33 Dass Präventionsprogramme indes zu kurz greifen, wenn sie lediglich am individuellen Verhalten ansetzen, mag am Beispiel Haut „Piercing“ (Siegmond-Schultze, 2008; Hörmann, 2004b) zeigen, wo zielgruppen- und lebensstilorientierte Strategien vonnöten sind.

34 Zum Piercing als „Körperschmuck mit Risiken“ weiterhin Siegmond-Schultze 2008.

35 Angesichts des Versagens von Präventionsprogrammen oder des ohnehin geringen medizinischen Vertrauens in eine pädagogische Prävention wird beispielsweise auf der Weltaidskonferenz 2008 pragmatisch eine „antivirale Therapie als Präventionsmaßnahme“ und „medikamentöse Präexpositionsprophylaxe“ propagiert (Dt. Ärztbl 2008, 105 (34-35), C1501 f.

36 So ist zum Schutz von Jugendlichen eine Gesetzesinitiative des Bundesumweltministeriums angelaufen, die den unter 18-Jährigen den Besuch von Solarien ganz verbieten soll – wie es beispielsweise bereits in Frankreich und Spanien gilt (Blaser-Kiel, 2008, 1210). Außerdem sollen neue Geräte in Umsetzung eines EU-Mandats eine maximale Bestrahlungsstärke von 0,3 W/m² nicht überschreiten dürfen. Dass freilich nicht nur das Verhalten als Vorwand für die von Bauch (2004) als „Moral- und Entrüstungsbedürfnisse bezeichneten Distinguierungs- und Disziplinierungsmethoden“ dienen kann, sondern auch die Verhältnissteuerung, wird an den verhältnispräventiven Maßnahmen des seit Juli 2008 geltenden (Nicht)Raucherschutzes deutlich, wonach etwa die ausgewählte Verhaltensweise des Rauchens in die Nähe mörderischer Rücksichtslosigkeit rückt.

„Gesundheitsfanatismus“³⁷ (vgl. Hörmann, 1989) oder „Gesundheitswahn“ (Lütz, 2002) Vorschub leistet.

Wenn daher angesichts modischer Life-Style-Medizin, überzogener Heilungsversprechen und der vielfältigen Gefahren einer Verwechslung einer säkularen Heilkunde mit einer quasi religiösen Heilskunde – wie es in einem Lexikonartikel über Bildung heißt –, „humanistisch gesprochen Bildung die Befreiung des Menschen zu sich selber, zu Urteil und Kritik ist“ (Blankertz 1974, 68), bleibt der solcherart Gebildete nicht schlecht beraten, wenn er folglich von dieser Möglichkeit auch in Gesundheitsfragen freimütig Gebrauch macht.

Literatur:

- Altgeld, Th. & Kolip, P. (2007). Wirksame Gesundheitsförderung heute – die Herausforderung der Ottawa-Charta: In Schmidt & Kolip, (S. 33-44).
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen.
- Bals, Th., Hanses, A., Melzer, W. (Hrsg.). (2008). *Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings*. Weinheim.
- Blankertz, H. (1974). Bildung – Bildungstheorie. In Ch. Wulf. (Hrsg.). *Wörterbuch der Erziehung* (S. 65-69). München.
- Barkholz, U. & Homfeldt, H.G. (Hrsg.). (1994). *Gesundheitsförderung im schulischen Alltag*. Weinheim.
- Bartens, W. (2008). Pigmentflecken unter Aufsicht – Neuerdings bezahlen die Krankenkassen Untersuchungen auf Hautkrebs – der Nutzen liegt nahe, ist aber umstritten. In *SZ Nr. 152* vom 02-07.2008, S. 18.
- Bauch, J. (2004). *Krankheit und Gesundheit als gesellschaftliche Konstruktion*. Konstanz
- Bauer, U. (2005). *Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung*. Wiesbaden.
- Bäumel, J. u.a. (2008). Psychoedukation bei Schizophrenie. Krankheitswissen vermitteln – Kompetenzen stärken. *NeuroTransmitter*, 19, 7-8, 48-52.
- Benner, D. (2001). *Allgemeine Pädagogik. Eine systematisch-problemgeschichtliche Einführung in die Grundstruktur pädagogischen Denkens und Handelns*. Weinheim.
- Blaeser-Kiel, G. (2008). Hautkrebsprävention: Deutschland weltweit als Vorreiter. *Deutsches Ärzteblatt*, 105, 1210.
- Blech, J. (2003). *Die Krankheitserfinder*. Frankfurt.

37 Kritisch zur Salutogenese vgl. Hörmann, 2007. Vor dem Trend, dass der öffentliche Gesundheitssektor zunehmend zurückgefahren wird zugunsten der Propagierung von „Eigenverantwortung“, mit welcher das mittels „empowerment“ bemächtigte Individuum seine umfangreichen Kompetenzen zur Gestaltung der Welt und seines Selbst einsetzt, warnt Bauch (2004, 158) „Abzusehen ist, dass die materialen, geldwerten, staatlichen und parastaatlichen Gesundheitsleistungen eingeschränkt werden und gleichzeitig die staatlich induzierten gesundheitsrelevanten Gesundheitszumutungen im Sinne einer ‚Saluto-Correctness‘ wachsen“.

-
- Böhle, F. (2003). Der Lehrer als Prototyp moderner Arbeit. *Bayerische Schule*, 56, 8-11.
- Bundesvereinigung für Gesundheit (Hrsg.). (2000). *Gesundheit: Strukturen und Handlungsfelder*. Neuwied.
- Busse, R. & Riesberg, A. (2005). *Gesundheitswesen im Wandel – Deutschland*. Berlin.
- BZgA (Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung). (1998). *Was erhält Menschen Gesund?* Köln.
- BZgA (Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung). (2003). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. Schwabenheim, 4. Aufl.
- Braun, B., Kühn, H., Reiners, H. (1998). *Das Märchen von der Kostenexplosion. Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik*. Frankfurt.
- Chott, P.O. (1998): Die Entwicklung des MATHETIK-Begriffs und seine Bedeutung für den Unterricht der (Grund)Schule. *PÄDForum*, 4, 390-396.
- Dörner, K.(2002). In der Fortschrittsfalle. Leiden an der Gesundheit. *Deutsches Ärzteblatt*, 99, A 2462-2466.
- Dworschak, M. (2008). Die Favoritin des Professors. In *Spiegel* 35/2008, 148-150.
- Faltermaier, T.(2005). *Gesundheitspsychologie*. Stuttgart.
- Franzkowiak, P., Sabo, P. (Hrsg.). (1993). *Dokumente der Gesundheitsförderung*. Mainz.
- Gassmann, B. (2001). Inhaltsstoffe unserer Lebensmittel. *Medizinische Welt*, 3, 287-284
- Habermas, J. (1968). *Erkenntnis und Interesse*, Frankfurt/M..
- Haug, Ch. V. (1991). *Gesundheitsbildung im Wandel*. Bad Heilbrunn.
- Helmert, U. & Hien, W. (2008). „Vom Teufel bezahlt“ – Die unrühmliche Kooperation zwischen deutscher Arbeitsmedizin und Tabakindustrie. *Mabuse*, 174, 51-54
- Henner, Günter (1998): *Quellen zur Geschichte der Gesundheitspädagogik*. Würzburg.
- Hensen, G. & Hensen, P. (Hrsg.). (2008). *Gesundheitswesen und Sozialstaat. Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit*. Wiesbaden.
- Hornung, W.P. (1998). *Psychoedukation und Psychopharmakatherapie*. Stuttgart.
- Höldke, B. (2002). Mammographie-Screening in Deutschland – wissenschaftliche Beweislage und gesundheitspolitische Strategien. *Jahrbuch kritische Medizin*, 36, 32-53.
- Hörmann, G. (1986). Perspektiven der Gesundheitserziehung. *Päd. Rundschau*, 40, 465-486.
- Hörmann, G. (1989). Gesundheit und Körper: Kultur oder Kult? *Widersprüche*, 30, 7-16.
- Hörmann, G. (1991). Gesundheitspädagogik in der Ausbildung von BerufsschullehrerInnen. In U. Bröbkamp, & E. Göpel (Hrsg.), *Gesundheitsförderung in und mit Schulen*. (S. 26-34). Bielefeld.
- Hörmann, G. (1999). Berufsfachschulen des Gesundheitswesens zwischen universitärem Anspruch und berufspraktischer Realität. In *ISB (Staatsinstitut für Schulpädagogik und Bildungsforschung), GESU Arbeitsbericht Nr. 309: Didaktisch-methodische Optimierung der Erstausbildung in den Berufsfachschulen des Gesundheitswesens* (S. 9-20). München.
- Hörmann, G. (1999). Gesundheitspädagogik in der Ausbildung von Berufsschullehrern und Berufsschullehrerinnen. *ISB*, 92-95.

- Hörmann, G. (1999). Gesundheitserziehung. *ZfE*, 2, 5-30.
- Hörmann, G. (2001). Gesundheitspädagogik in der Ausbildung von Berufsschullehrer/innen. In *Reibnitz u.a.*, 145-156
- Hörmann, G. (2002). Die Krise des Gesundheitssystems: eine verkannte Bildungskrise. *bildung !*, 1, 24-30.
- Hörmann, G. (2003). Gesundheit im Kontext von Erziehung und Bildung – „Ein zukunftsorientiertes Reformmodell der Lehrerbildung“ für das Lehramt an beruflichen Schulen. *Pflegemagazin*, 4, 24-37.
- Hörmann, G. (2004a). Pillen für den Störenfried. In Bündnis für Familie (Hrsg.). *Pillen und Pädagogik* (S. 19,30). Nürnberg.
- Hörmann, G. (2004b). Der Körper in der Schule. *PF.*, 3, 141 – 144.
- Hörmann, G. (2007). Salutogenese: In K. Landau (Hrsg.). *Lexikon Arbeitsgestaltung* (1101 f). Stuttgart.
- Homfeldt, H. G. (Hrsg.). (1991). *Erziehung und Gesundheit*. Weinheim.
- Homfeldt, H.G. (Hrsg.). (1994). *Anleitungsbuch zur Gesundheitsbildung*. Baltmannsweiler.
- Homfeldt, H.G. (Hrsg.). (1999). „Sozialer Brennpunkt“ Körper. *Körpertheoretische und praktische Grundlagen für die Soziale Arbeit*. Baltmannsweiler
- Homfeldt, H.G. et al. (Hrsg.). (2002). *Studienbuch Gesundheit*. Neuwied.
- Homfeldt, H.G. & Sting, St. (2006). *Soziale Arbeit und Gesundheit*. München.
- Hornung, W.P. (1998). *Psychoedukation und Psychopharmakotherapie*. Stuttgart.
- Hüfner, G., (2003). Die Belastungsprofile einzelner Lehrergruppen. *Bayerische Schule*, 56, 10, 12-15.
- Hünersdorf, B. (1997). Theorien der Gesundheit auf dem Prüfstand der Sozialen Arbeit. In H.-G. Homfeldt, B. Hünersdorf (Hrsg.). *Soziale Arbeit und Gesundheit*. Neuwied, S. 43-67.
- Hurrelmann, K. & Laaser, U. (Hrsg.). (1998). *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim
- Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W., Ravens-Sieberger, U. (2003), WHO-Jugendgesundheits-survey – Konzept und ausgewählte Ergebnisse für die Bundesrepublik Deutschland. *Erziehungswissenschaft*, 14, 27, 79-108.
- Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W., Ravens-Sieberger, U. (2004). *Jugendgesundheits-survey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*. Weinheim.
- Jerusalem, M. & Mittag, W. (1994). Gesundheitserziehung in Schule und Unterricht. *ZfPäd*, 40, 851-869.
- Kaupa-Haas, H. & Rothmal, C. (Hrsg.). (1995). *Doppelcharakter der Prävention*. Frankfurt.
- Keck, E. (2001). Osteoporoseprävention durch Ernährung und Bewegung. *Die med. Welt*, 52, 296-300.
- Kern, S., Reichmann, H., Ziemssen, T. (2008), Therapieadhärenz in der neurologischen Praxis. *Nervenarzt*, 79, 877-890.
- Kohlmeier, L. u.a. (1993). *Ernährungsabhängige Krankheiten und ihre Kosten*. Baden-Baden.
- Kolip, P. (2001). Gesundheitsförderung und Prävention. In H. Keupp & K. Weber (Hrsg.), *Psychologie* (S. 523-531). Reinbek,.

-
- Kolip, P., Hurrelmann, K., Schnabel, P.E (Hrsg.). (1995). *Jugend und Gesundheit*. Weinheim.
- Kühn, H. (1993). *Haethismus*. Berlin
- Küpper, C. (2001). Krebsprävention und Ernährung. *Die med. Welt*, 52, 267-271.
- Lampert, Th. & Kurth, B.M. (2007). Sozialer Status und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. *Dt. Ärzteblatt*, 104, A2944-2949.
- Lampert, T. et al. (2007). Gesundheitsziele für Kinder- und Jugendliche – Welchen Beitrag leistet der Kinder- und Jugendlichengesundheitssurvey (KiGGS) des Robert-Koch-Instituts: In M. Jungbauer-Gans & H. Hackauf. (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter* (S. 29-55). Wiesbaden.
- Lenzen, D. (1991). *Krankheit als Erfindung. Medizinische Eingriffe in die Kultur*. Frankfurt am Main.
- Lütz, M. (2002). *LebensLust. Wider die Diät-Sadisten, den Gesundheitswahn und den Fitness-Kult*. München
- Mazumdar, P. (2008). Der Gesundheitsimperativ. In *Hensen & Hensen*, 349 – 360.
- McKeown, T. (1982). *Die Bedeutung der Medizin*. Frankfurt.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2003). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*. Köln.
- Lenzen, D. (1991). *Krankheit als Erfindung*. Frankfurt.
- Oberender, P. (1987). Ökonomie der Gesundheitserziehung - grundsätzliche Bemerkungen zur Gesundheitserziehung. *Öff. Gesundh. Wes.* 49, 517-521.
- Petermann, F. (Hrsg.). (1997). *Patientenschulung und Patientenberatung*. Göttingen.
- Petermann, F. (Hrsg.). (1997). *Rehabilitation: Ein Lehrbuch zur Verhaltensmedizin*. Göttingen.
- Prange, K. (2000). *Plädoyer für Erziehung*. Hohengehren.
- Reibnitz, Ch.,v., Schnabel, P.E., Hurrelmann, K. (Hrsg.). (2001). *Der mündige Patient*. Weinheim.
- Richter-Kuhlmann, E.A. (2005). Hormontherapie: „Resistent“ gegenüber Neubewertung. *Dt. Ärztbl*, 102, A 1989.
- Rosenbrock, R., Kühn, H./ Köhler, M. (Hrsg.). (1994). *Präventionspolitik*. Berlin.
- Schaarschmidt, U. (2002). Die Belastung von Lehrerinnen und Lehrern. Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus der Potsdamer Lehrerstudie. *Pädagogik*, 7/8, 8-13.
- Schipperges, H. u.a. (1988). *Die Regelkreise der Lebensführung. Gesundheitsbildung in Theorie und Praxis*. Köln.
- Schmidt, B. (2007). Von der Gesundheitsförderung zur Gesundheitsforderung. In Schmidt & Kolip, 2007, 83-94.
- Schmidt, B. & Kolip, P. (Hrsg.). (2007). *Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat*. Weinheim.
- Schmacke, N. (2007). Evaluation von Gesundheitsförderung – Mission Impossible?. In Schmidt & Kolip, 2007, 57-67.
- Schmidt-Semisch, H. & Schorb, F. (Hrsg.). (2008). *Kreuzzug gegen Fette*. Wiesbaden.
- Schüffel, W. u.a. (Hrsg.). (1998). *Handbuch der Salutogenese*. Wiesbaden.
- Siegmund-Schultze, N. (2008). Piercing. Unter die Haut: Körperschmuck mit Risiken. *Dt. Ärztebl* 105, 28-29, C1297-1299.

- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (1998). Gesundheitsbericht für Deutschland Wiesbaden.
- Sting, St., Zurhorst, G. (Hrsg.). (2000). *Gesundheit und Soziale Arbeit*. Weinheim.
- Trojan, A. (2007). Medikalisierung der Prävention. In Schmidt & Kolip 2007, 117-128.
- Weber, A. (2002). Lehrer*ergesundheit – Herausforderung für ein interdisziplinäres Präventionskonzept. *Gesundheitswesen* 64, 120 – 124.
- Weber, A. & Hörmann, G. (Hrsg.). (2007). *Psychosoziale Gesundheit im Beruf*. Stuttgart.
- Weber, A., Weltle, D., Lederer, P. (2001). „Macht Schule Krank?“ Zur Problematik krankheitsbedingter Frühpensionierungen von Lehrkräften. *Bayerische Schule*, 54, 214 f.
- World Cancer Research Fund (1997). *Food, nutrition and the prevention of cancer: a global perspective*. Washington DC.
- Wulfhorst, B. (2002). *Theorie der Gesundheitspädagogik*. Weinheim.
- Zwack, E. (2004). *Gesundheitspädagogik*. Münster.